

特 集

徳島県における病診連携の現状と今後の展開

曾 根 三 郎 (徳島大学第三内科)

齋 藤 晴比古 (徳島県医師会)

はじめに

戦後の医療政策の重点課題は、国民の誰もがどこでもいかなる時にも同じ医療を受けることが出来るような制度を確立するということであり、国民皆保健制度の充実、医師数の増加などが急ピッチで進められ、高度経済成長の時期に一致して一応の成功をおさめてきたと思われる。しかし、世界でも類をみない長寿国となり、高齢化社会へと突進するなかで医療費の高騰を来す原因となっているのも現実である。このような流れの中で、今まで自由競争原理が働いていた医療機関同士の患者のうばい合い現象も、これからは医療資源を効率よく使っていくという観点から、医療機関の規模、設備内容、医療スタッフの陣容などにより体系化が急務であり、それぞれが機能分化をせざるを得ない状況となっている。例え

ば、大学病院は高度先進医療を担う特定機能病院として位置づけられ、総合病院は地域の基幹病院として地域医療支援の役割、診療所はかかり付け医として国民に密着した診療に務めるなどが推奨されており、いわゆる病診連携の重要性が現在ほど叫ばれている時代はない。

徳島県における病診連携の在り方については積極的に進められているが、今までに公の場で討議がなされていなかった。そこで、現状を踏まえて、今回、各診療機関並びに組織を代表して徳島県における病診連携の問題点ならびに今後の展開について率直な意見交換を行って頂いた。今後とも定期的に討議を重ね、徳島県内の病診連携がより密となり、地域の医療の向上に役立っていくことを期待したい。

病診連携について --- 看護の立場から

浅 野 水 晶 子

徳島大学医学部附属病院看護部

From a viewpoint of nurse

Mikiko Asano

Department of nursing, University Hospital, The University of Tokushima, Tokushima

「今日の医療サービスであり、質が問われる時代」といわれ平成7年度版厚生白書では述べられており、サブテーマは、「質」「情報」そして「納得」であり「自己決定医療」の時代を迎え患者さんの満足が評価の指標になってきました。

一方、超高齢社会における病院の重要な課題は、地域医療や在宅医療への積極的参入であります。平成9年度

医療保険改正のポイントは、「医療の質の向上と効率化」であり、①医療機関の機能分化と連携の強化、②社会的入院の解消と長期入院の是正、③急性期医療の充実、在院日数の短縮、在宅医療の推進、④医療における情報の提供と患者の選択等があげられています。

看護も急性期医療の充実及び在宅医療の推進をめざし、今以上に「効率の良さと質の高さ」が問われており、「患

者の満足度」「臨床的效果」「経済効果」を評価指標とした看護チームの変革が求められます。

病診連携における看護の役割について、特定機能病院の看護職として院内看護の役割を果たしながら、さらに地域ケアの動きに歩調を合わせていくにはどのようにすればよいのか入院中及び外来看護の実態から述べたいと思います。

1. 入院中の看護

特定機能病院として高度医療を提供するチームの一翼を担って看護を行っておりますが医療のますますの高度化、専門化により看護も専門職としての知識技術、判断力の取得が必要不可欠な要素になってきております。

こうした中で、看護提供方式は、機能別、あるいはチームナーシングから患者中心の看護の提供をめざして「プライマリー・ナーシング」に切り替えを行いました。医師の担当制と同じように担当看護婦制とし、入院より退院までの全ケアに責任を持つ方式です。プライマリーナースとして医師の診療活動が効果的に行われ、患者を中心とした医療が行われるようコーディネーターとしての役割を担い患者・家族と医師及びコ・メディカルの関係者との連絡調整、そして地域との連携の役割を担っていきたくて考えております。病診連携により早期退院を可能にする看護のキーワードは「看護の標準化」と「退院計画」であります。

看護の標準化のツールとしてコンピュータによる看護計画システムの構築を進めております。

当院では、「看護とは何か」の共通理解のために「看護とは、実在あるいは潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」という定義に基づきNANDAの看護診断を導入し、看護問題の共有化を図っています。マスタは、看護診断及びクリティカル・パスによる看護基準の導入を検討しております。

アメリカでは、在院日数によるコストコントロールとケアの継続性、質を保障するためにクリティカル・パスが注目されています。

阿部は、クリティカル・パスとは、一定の疾患や疾患を持つ患者患者に対して、入院指導、患者へのオリエンテーション、ケア処置、検査項目、退院指導等をスケジュール表をまとめてあるものと定義しています。

作成基準は、①実現可能な範囲において、最良の医療を最も効率よく提供できるように②無駄なケアやその他の業務を省き、業務の徹底見直しをすることをあげてお

ります。

いま、退院時の患者教育・家族指導は進められていますが、入院時から退院を推進していく看護プロセスとしての退院計画はまだ定着していなく、これからの課題であります。

入院当初から、常にその患者・家族の地域での生活を視野に入れて看護するのと目の前の状況に追われて対処するのでは、対象の理解も提供する看護の質も大きく異なってきます。

病診連携による患者の紹介・逆紹介も入院中より情報の相互交換により、あるいはオープン化により適切な退院計画につながっていくと考えます。

入院時に退院計画が紹介機関の関係者や家族と一緒に立てられ、退院時は紹介機関やかかりつけ医のケアに戻されれば患者さんの安心につながり、医療依存度の高い患者さんものぞましい形で早期退院を迎えることが可能になります。そして、継続して看護が提供できるよう病診、双方向の看護サマリーによる情報提供システムが必要であります。

また、医療の高度化・専門化、在宅医療とめまぐるしく変化する中で患者・家族の生活適応と社会復帰を図るには、支援体制としてメディカル・ソーシャル・ワーカーの活動も必要になってきていると思います。

そこで現在、看護相談室を在宅支援ステーションとして位置づけ開設準備を進めております。看護婦の中には、社会福祉学科を卒業し、メディカル・ソーシャル・ワーカーの役割を果たせる者、また保健婦の資格を持つ者があり、ケアマネージャーとして病診連携の推進の一翼を担えるようになるのではないかと考えております。また、患者さんの在宅療養を保障し、安全を確保するには、いつでも、どこでも、だれでも、受けられる病診連携による地域救急ネットワークが必要であると考えます。

2. 外来看護

外来的看護は、今までは診療補助としての役割が中心でありましたが、今後外来は病棟と地域を結ぶキーステーションとして、①在宅ケアの推進、②患者のQOLを重視した教育活動、③地域の関係諸機関との密接な連携による保険・医療・福祉のネットワークづくりにより外来が実質的な拠点としてその力を発揮することが求められるようになってきています。

こうした状況の中で外来看護の目標を「継続看護・在宅療養指導料の算定」とし改善を試みております。

病棟との継続ケアは、退院時の看護サマリーにより対象者をリストアップし、外来診察時に重点的に対応するよう試みております。「在宅療養指導料」は、医師の指示を必要としますが看護婦による指導が初めて料金化されたものであります。現在、外科外来に先生のご指導をいただきながらストーマ・ケア外来を開設、また在宅酸素療法、自己導尿等の在宅療養指導が工夫をしながら定着しつつあります。

3. 訪問看護

今後の課題として退院直後の医療依存度の高い患者さんには病院からの訪問看護も必要になってくると考えます。

訪問看護は診療報酬で料金化されておりますが、病院の訪問看護は「発展途上」であり、分担は地域診療所との連携の中で、活動枠が決まってくると思います。

4. 今後の課題

今後、病診連携が円滑に行われるには、その目的が共有化され、連携相互の役割と手順を明確にした上で、患者さんのコンセンサスを得ることが必要になってきます。

患者さんが受けたいサービスを必要な情報の選択肢の中から選択できるように大学病院及び連携診療所の機能の内容を具体的にわかりやすく広報し、また医療及び看護のレベルの情報公開も必要であると思います。

今回、病診連携と言うテーマを頂き、現状の看護の視点からその一端を述べさせていただきました。しかし、まだ具体的システムとして関係者の共通理解も、看護職同士の連携もまだまだ不十分です。今後、地域関係者の方々からご要望とご意見をいただきながら適正な役割が果たせるよう検討していきたいと思っています。

県行政における病診連携の展開

鎌 田 啓 三

徳島県保健福祉部保健福祉政策課長

Development of the hospital-practice cooperation in the Tokushima Prefecture

Keizo Kamada

Division of Health and Welfare, the Prefecture of Tokushima

本県においては、「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる『健康県徳島』づくり」を基本理念とし、昭和62年以降「徳島県保健医療計画」を策定し、医療の充実を図ってきた。

平成4年の同計画改定時には、「病院機能の開放化」の項目を新しく設け、医療資源の効率的かつ効果的な活用を図るとともに、患者の継続的な治療を確保し、県民に良質の医療を受ける機会を提供するため、医療機関相互の連携が必要であり、特に中核的な病院においては、病院機能の開放化を推進することが必要との認識を示した。

ただし、病院機能の開放化といっても、例えば、病床の開放や共同診療といった実施に際して、取り決めておくべき事が多いなど、非常に時間のかかるものあるいは、症例検討会、研修会、講演会等を病院以外の医師等に関

放することや、高額医療機器等の共同利用を行うこと等比較的取り組みやすいものなど、様々である。

県としては、「地域の中核的病院」にあっては、これらのうち、実施可能なものから順次実施してもらえよう指導しているところであり、平成4年度から平成7年度にかけては、「病診連携推進事業」を、平成7年度からは「かかりつけ医推進モデル事業」を県医師会の協力の下実施し、推進を図っている。

現在、病診連携を実施している県内7病院にあっては、積極的に取り組んでおられるが、病院と登録医の勤務時間の違い、診療報酬上の評価が不十分なこと等から共同診療件数は、いずれの病院もなかなか伸びないのが現状である。

一方、現在国会に提出されている介護保健法案の関連法案として医療法の一部を改正する法案が提出されてお